

SAÚDE CORPORATIVA NA ERA DIGITAL: DA CONTENÇÃO DE CUSTOS AO VALOR — EVIDÊNCIAS 2015–2025 E AGENDA ATÉ 2030

Corporate Health in the Digital Era: From Cost Control to Value — Evidence 2015–2025 and a Roadmap to 2030

AUTORES

Ana Claudia Pinto¹
Marcelo Benedet Tournier²
Fabiano Novaes Novaes
Barcellos Filho³
Alberto José Niituma Ogata⁴
Thiago Pavin⁵

1 - Find.AI

2 - Institute for Globally Distributed Open Research and Education

3 - Faculdade de Saúde Pública – USP

4 - Fundação Getúlio Vargas

5 - Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas

CONTATO

Alberto José Niituma Ogata

RESUMO

Objetivo: Revisar criticamente a evolução da gestão de saúde corporativa no Brasil entre 2015 e 2025, destacando o papel das tecnologias digitais, do ambiente regulatório e dos custos diretos e indiretos, além de projetar tendências até 2030.

Métodos: Revisão narrativa de literatura científica e documentos institucionais publicados entre 2015 e 2025, com atualização final das buscas em janeiro de 2026. As buscas foram realizadas em PubMed e SciELO e em sites institucionais (IESS, ANS, Ministério da Saúde e OMS), utilizando termos relacionados a gestão de saúde corporativa, variação de custos médico-hospitalares, cuidados baseados em valor, telessaúde e saúde digital. A seleção seguiu estratégia estruturada, ainda que não sistemática, priorizando publicações em português e inglês relevantes ao contexto brasileiro. Foi realizada avaliação crítica narrativa das fontes quanto à relevância, consistência metodológica e aplicabilidade.

Resultados: Entre 2015 e 2025, observam-se quatro transformações centrais: (1) transição do controle reativo de custos para abordagens orientadas a valor; (2) consolidação de dados clínicos e administrativos como infraestrutura estratégica, apesar de desafios de interoperabilidade; (3) integração entre saúde ocupacional, promoção do bem-estar e telessaúde em modelos híbridos físico-digitais ("phygital"); e (4) formalização regulatória de riscos psicossociais, elevando a saúde mental ao status de obrigação organizacional. A inflação médico-hospitalar manteve-se elevada e os custos indiretos mostraram impacto relevante na produtividade e sustentabilidade.

Conclusão: A convergência entre regulação, inovação digital e modelos baseados em evidências estabeleceu bases para transformação sustentável da saúde corporativa. O avanço até 2030 dependerá de infraestrutura de dados interoperável, gestão orientada por evidências e integração entre saúde assistencial e ocupacional. A inteligência artificial, quando adotada com governança, supervisão humana e atenção a vies algorítmico e equidade, pode ampliar eficiência e apoiar decisões.

Palavras-chave: Saúde corporativa, Saúde digital, Cuidado baseado em valor, Inteligência artificial

1 albertoogata@gmail.com

ABSTRACT

Objective: To critically review the evolution of corporate health management in Brazil between 2015 and 2025, highlighting the role of digital technologies, the regulatory environment, and direct and indirect costs, and to project trends up to 2030.

Methods: Narrative review of scientific literature and institutional documents published between 2015 and 2025, with final search update in January 2026. Searches were conducted in PubMed and SciELO and on institutional websites (IESS, ANS, Ministry of Health, WHO). A structured (non-systematic) strategy was applied, prioritizing Portuguese and English publications relevant to the Brazilian supplementary health context. A narrative critical appraisal was performed considering relevance, methodological consistency, and applicability.

Results: Four major transformations were identified: (1) shift from reactive cost control to value-oriented approaches; (2) consolidation of clinical and administrative data as strategic infrastructure despite interoperability gaps; (3) integration of occupational health, wellness, and telehealth into hybrid physical-digital ("phygital") care models; and (4) regulatory formalization of psychosocial risks, positioning mental health as an organizational obligation.

Conclusion: Progress toward 2030 depends on interoperable data infrastructure, evidence-driven management, and integrated care models. When properly governed and ethically supervised, AI can improve efficiency and decision support while addressing algorithmic bias and equity considerations.

Keywords: Corporate health, Digital health, Value-based care, Artificial intelligence

INTRODUÇÃO

Entre 2015 e 2025, a gestão de saúde no ambiente corporativo no Brasil foi ampliada, saindo de um olhar centrado na contenção de sinistros e negociação de rede para integrar a agenda estratégica das empresas, conectando qualidade assistencial, continuidade do cuidado, experiência do usuário e produtividade (1–3).

No campo dos custos diretos, isto é, aqueles diretamente atribuíveis a eventos e serviços de saúde, os indicadores do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar mostram variação persistente dos custos médico-hospitalares, com valores reportados acima da inflação geral no período (4). Em paralelo, a maior prevalência e carga de condições crônicas ampliam a demanda contínua por cuidado e reabilitação, com impacto na frequência de utilização e nos custos (5,6).

Após a pandemia, a saúde mental ganhou centralidade operacional: estimativas globais apontaram aumento relevante da prevalência de transtorno depressivo maior e transtornos de ansiedade em 2020, reforçando o peso dos custos indiretos e a necessidade de modelos de acompanhamento longitudinal e prevenção no contexto do trabalho (7).

Ao mesmo tempo, a aceleração da saúde digital — com telessaúde, monitoramento remoto e análise avançada de dados para estratificação de risco e coordenação do cuidado — ampliou possibilidades de acesso e continuidade assistencial. No Brasil, esse movimento foi acompanhado por marcos institucionais importantes, como a consolidação da telessaúde como prática regular e o avanço da Rede Nacional de Dados em Saúde como infraestrutura para interoperabilidade (8,9). Ainda assim, limitações estruturais permanecem relevantes: fragmentação de fontes, multiplicidade de sistemas e heterogeneidade de governança dificultam padronização semântica e integração longitudinal (10).

Este artigo sintetiza evidências e marcos relevantes desse período, discute implicações para modelos de cuidado e pagamento e propõe uma agenda prática até 2030, com foco em programas estruturados, Atenção Primária à Saúde robusta, integração entre saúde ocupacional e assistência e uso responsável de Inteligência Artificial para apoiar decisões, mensurar desfechos e reduzir desperdícios.

MÉTODOS

Este artigo adotou uma revisão narrativa, adequada para integrar evidências científicas, marcos regulatórios e experiências aplicadas em saúde suplementar. A busca incluiu literatura primária e documentos oficiais publicados entre 2015 e 2025, com

atualização final em janeiro de 2026. Foram consultadas as bases PubMed e SciELO, além de fontes institucionais (IESS, ANS, Ministério da Saúde e OMS).

A estratégia de busca combinou descritores relacionados a gestão de saúde corporativa, custos médico-hospitalares, cuidado baseado em valor, telessaúde e saúde digital. A seleção privilegiou estudos e documentos com dados empíricos, diretrizes ou análises aplicáveis ao contexto brasileiro. Embora não se trate de revisão sistemática, a seleção seguiu critérios explícitos de pertinência temática e atualidade, e as fontes foram analisadas criticamente quanto à consistência metodológica e à aplicabilidade prática.

RESULTADOS

Evolução e desafios dos custos diretos e indiretos

Entre 2015 e 2025, a inflação médico-hospitalar permaneceu elevada e continuou a pressionar o orçamento corporativo destinado à assistência, com Variação de Custos Médico-Hospitalares reportada em 15,1% no boletim divulgado em março de 2024 (referente aos 12 meses encerrados em junho de 2023) (4). Em paralelo, estimativas setoriais indicam que o gasto com planos de saúde pode consumir cerca de 13,1% da folha de pagamento em empresas brasileiras, o que ajuda a explicar por que a gestão da saúde passou a ocupar posição estratégica na agenda corporativa (11).

No período analisado, os principais vetores de pressão mudaram de peso relativo, mas não de direção: a ampliação da longevidade, o aumento da carga de condições crônicas e a incorporação progressiva de terapias de maior custo elevaram a demanda contínua por cuidado, reabilitação e coordenação assistencial. Comparativamente a 2015, em 2025 ficou mais evidente que o problema não é apenas o aumento dos custos assistenciais e passa a envolver complexidade clínica, frequência de uso e custo unitário em uma população mais envelhecida e com multimorbidade (5,6).

Além dos custos diretos, os custos indiretos permaneceram determinantes para a competitividade. Entre 2015 e 2025, tornou-se mais evidente que absenteísmo, presenteísmo, rotatividade e passivos trabalhistas/atuariais são variáveis capazes de igualar ou superar a despesa assistencial em determinados segmentos. Nesse contexto, mecanismos de precificação de risco ocupacional ganharam centralidade operacional: o Fator Acidentário de Prevenção é aplicado como multiplicador sobre a contribuição de riscos ambientais do trabalho, variando de 0,5 a 2,0, com potencial de redução ou aumento significativo do encargo conforme o histórico de acidentalidade (12).

Após 2020, a saúde mental deixou de ser tema periférico e se consolidou como determinante de produtividade e continuidade do cuidado. Estimativas globais associadas ao período pandêmico documentaram aumento relevante da prevalência de transtorno depressivo maior e transtornos de ansiedade, reforçando a magnitude dos impactos indiretos e a necessidade de modelos de acompanhamento longitudinal e prevenção no contexto de trabalho (7).

Outro componente novo, pouco presente em 2015 e explícito em 2025, foi o efeito prolongado de condições pós-infecção. Evidências em população brasileira indicaram elevada frequência de sintomas persistentes compatíveis com COVID longa, ampliando demanda por reabilitação, acompanhamento e gestão de capacidade laboral em empresas com populações grandes e heterogêneas (13). Em consequência, cresceu a relevância de programas estruturados com monitoramento contínuo e articulação entre assistência e saúde ocupacional, especialmente para saúde mental e reabilitação funcional (14,15).

Ambiente regulatório e social

Do ponto de vista regulatório, 2025 consolida dois marcos que não existiam em 2015: a telessaúde como prática regular e a explicitação de riscos psicossociais no gerenciamento de riscos ocupacionais. A Lei 14.510/2022 consolidou a telessaúde como modalidade permanente, estabelecendo equivalência entre atos remotos e presenciais (8). Na esfera trabalhista, a atualização normativa associada ao Programa de Gerenciamento de Riscos passou a explicitar a necessidade de considerar fatores de risco psicossociais, aproximando-se de referenciais internacionais de gestão de saúde e segurança do trabalho e dialogando com diretrizes como a ISO 45003 (16,17). Esse conjunto normativo desloca a saúde mental para uma obrigação verificável e auditável.

No plano social, entre 2015 e 2025 houve mudança relevante de expectativas sobre o trabalho: flexibilidade, propósito e políticas de bem-estar passaram a influenciar atração e retenção, com evidências recentes de experiências organizacionais voltadas à redução de jornada e redesenho do trabalho, através do home office, reportando melhora da percepção de produtividade em contextos específicos (18). Assim, a pauta de saúde corporativa, neste período, amplia o foco para além do custo e risco assistencial, reforçando sua proposta de valor para atração e retenção de talentos.

Apesar do avanço regulatório, a transformação assistencial mostrou limites: a telessaúde expande acesso e continuidade, mas a falta de integração entre fontes clínicas e sistemas de gestão reduz rastreabilidade e segurança operacional. Em 2025, permanece

o desafio de conectar a prática remota a prontuários eletrônicos e a modelos de governança que sustentem acompanhamento longitudinal e auditoria de qualidade, especialmente em cenários híbridos (9,10).

Transformação digital e dados interoperáveis

Em 2015, a digitalização estava mais associada à informatização de processos administrativos e ao registro eletrônico; em 2025, o escopo se ampliou para saúde digital com telessaúde, monitoramento remoto, estratificação de risco e uso de modelos preditivos. Esse deslocamento introduziu um requisito estrutural que era mais secundário em 2015 e se torna central em 2025: dados interoperáveis, com padronização e governança capazes de sustentar coordenação do cuidado e mensuração de desfechos em escala (10,19).

Nesse período, a Rede Nacional de Dados em Saúde foi posicionada como infraestrutura para integração de dados e interoperabilidade no país, criando condições para conectividade entre setores e continuidade assistencial baseada em informação (9). Ainda assim, os resultados observados mostram que a fragmentação de fontes, a heterogeneidade de governança e a multiplicidade de sistemas continuam limitando a padronização semântica e a integração longitudinal, tornando a interoperabilidade um gargalo persistente na transição entre 2015 e 2025 (10).

Inteligência Artificial aplicada e segurança do cuidado

Entre 2015 e 2025, a Inteligência Artificial passa de aspiração a uso pontual com resultados reportados em contextos específicos. Experiências descritas no período indicam que a análise preditiva pode apoiar decisões clínicas e reduzir desperdícios, como no direcionamento de pacientes em ortopedia para tratamento conservador em vez de cirurgia, com redução relevante de procedimentos e retorno econômico em população acompanhada (3). Contudo, o cenário de 2025 ainda é de adoção desigual: indicadores nacionais apontam uso de Inteligência Artificial por minoria dos profissionais, sugerindo distância entre potencial tecnológico e incorporação consistente na prática (20).

Ao mesmo tempo, surgem ferramentas de suporte ao trabalho clínico, com copilotos para documentação e fluxo assistencial, relatando economia de tempo e redução de carga administrativa em ambientes que conseguiram integrar a solução ao prontuário eletrônico (21). Em contrapartida, evidências recentes mostram limitações relevantes: modelos de linguagem podem falhar na geração ou interpretação de instruções

medicamentosas, elevando risco de erro quando usados sem desenho de segurança, validação e supervisão (22). Por essa razão, reforça-se a necessidade de governança, supervisão humana e diretrizes éticas, como as publicadas pela Organização Mundial da Saúde (23).

Coerente com esse achado, um ensaio clínico randomizado demonstrou que o simples acesso de médicos a um modelo de linguagem avançado não resultou em melhora estatisticamente significativa do desempenho em raciocínio diagnóstico, embora o modelo isolado tenha apresentado desempenho superior em alguns cenários de avaliação. O resultado sugere que, em 2025, o principal diferencial passa a ser **como** o modelo é integrado ao fluxo de trabalho, à capacitação e às rotinas de auditoria clínica (24).

Modelos de pagamento, Atenção Primária à Saúde e cuidado baseado em valor

No eixo de pagamento, entre 2015 e 2025 observa-se a transição de um debate conceitual para iniciativas piloto e instrumentos de incentivo. Programas regulatórios e projetos-pilotos relacionados a modelos de remuneração baseados em valor ampliaram a visibilidade do tema e criaram um repertório inicial de experiências no país (25). Em paralelo, discussões sobre pagamento por pacote e compartilhamento de risco ganharam espaço na interlocução entre operadoras e prestadores, ainda que com heterogeneidade de implementação (26).

A análise do período reforça que o cuidado baseado em valor, para escalar, depende de mensuração consistente de custos e desfechos por paciente, o que exige interoperabilidade, governança e padronização semântica. Sem esses fundamentos, o pagamento por procedimento tende a permanecer predominante e a induzir volume em vez de valor, mesmo quando existam pilotos bem-sucedidos (9,10).

Finalmente, a expansão de modelos com Atenção Primária à Saúde como porta de entrada reaparece como eixo estruturante em 2025. Evidências no contexto da saúde suplementar brasileira apontam que a Atenção Primária, quando desenhada como coordenação de cuidado e articulada a redes de referência, favorece continuidade assistencial e maior resolutividade, com potencial de reduzir eventos evitáveis e de racionalizar encaminhamentos. Em comparação a 2015, em 2025 o debate deixa de ser “se” a Atenção Primária deve existir no arranjo e passa a ser “como” implementá-la com escala, integração digital e governança clínica (27).

Embora os diferentes eixos discutidos ao longo do período 2015–2025 apontem para uma evolução consistente da gestão da saúde corporativa, essas iniciativas coexistem

em diferentes níveis de maturidade no contexto brasileiro. A Tabela 1 sintetiza o estágio atual das principais experiências citadas neste artigo.”

Tabela 1. A classificação do estágio de maturidade reflete o grau de disseminação, padronização e incorporação operacional das iniciativas no contexto brasileiro da saúde corporativa até 2025.

Domínio	Iniciativa / Exemplo	Estágio de maturidade (Brasil, 2025)	Evidência e observações
Transformação digital	Telessaúde integrada a jornadas híbridas (phygital)	Experiência consolidada	Prática regular com base legal definida; ampla adoção no período pós-pandemia, ainda com heterogeneidade de integração aos sistemas assistenciais e administrativos.
Atenção Primária à Saúde	APS como porta de entrada e coordenação do cuidado	Experiência parcialmente consolidada	Implementada de forma estruturada em grandes operadoras e autogestões; ainda não escalada para a maioria das vidas da saúde suplementar.
Modelos assistenciais	Programas estruturados de cuidado longitudinal	Experiência parcialmente consolidada	Evidência consistente de impacto em continuidade e resolutividade, porém restrita a organizações com capacidade de dados, governança clínica e integração assistencial.
Modelos de pagamento	Pagamento por pacote (bundled payment)	Experiência piloto / escala restrita	Predominam contratos bilaterais e projetos-piloto regulatórios; remuneração por procedimento permanece dominante.
Modelos de pagamento	Compartilhamento de risco e pay-for-performance	Experiência piloto	Iniciativas com horizonte temporal limitado e escopo restrito; ausência de massificação e padronização nacional.
Mensuração de valor	Uso de PROMs e PREMs padronizados (ex.: ICHOM)	Experiência piloto / adoção concentrada	Implementação concentrada em grandes hospitais e centros de excelência; baixa penetração no conjunto dos prestadores.
Análise avançada de dados	Modelos preditivos de risco e alto custo	Experiência piloto com evidência pontual	Resultados positivos descritos em populações específicas; adoção ainda desigual e dependente de qualidade e integração dos dados.
Inteligência Artificial	IA aplicada à estratificação de risco e apoio à decisão clínica	Experiência piloto / adoção inicial	Evidência de benefício quando integrada a fluxos assistenciais; uso ainda limitado e heterogêneo.
Inteligência Artificial generativa	Copilotos clínicos, apoio à documentação e análise em linguagem natural	Tendência emergente	Potencial reconhecido, com evidências iniciais e riscos documentados; dependente de governança, supervisão humana e integração sistêmica.

Nota: A classificação dos estágios de maturidade (experiência consolidada, parcialmente consolidada, piloto e tendência emergente) baseou-se em critérios qualitativos: escala de adoção, grau de padronização, estabilidade regulatória e consistência das evidências relatadas. Quando aplicável, a categorização foi discutida por consenso entre os autores.

DISCUSSÃO

Os achados desta revisão indicam que, entre 2015 e 2025, a saúde corporativa no Brasil amadureceu de uma lógica predominantemente reativa — centrada em sinistralidade e controle de despesas assistenciais — para um modelo mais abrangente, em que custo total, produtividade e risco organizacional passam a ser tratados como dimensões interdependentes (1–8). Essa mudança desloca o foco do custo direto para o desafio de compreender o custo total e, simultaneamente, gerar valor para o paciente e para o sistema, reconhecendo que custos indiretos e riscos ocupacionais afetam a sustentabilidade e a competitividade das empresas, sobretudo quando combinados a pressões assistenciais persistentes (7,11,12). Nesse contexto, programas estruturados e acompanhamento longitudinal deixam de ser iniciativas periféricas e passam a funcionar como instrumentos de gestão de risco e de desempenho, com necessidade crescente de mensuração consistente (14,15).

No plano institucional, a evolução regulatória criou condições para maior escala de telessaúde e para explicitar a gestão de riscos psicossociais como responsabilidade organizacional, elevando o patamar de exigência sobre indicadores, rastreabilidade e governança (8,16,17). Em paralelo, mudanças sociais e expectativas da força de trabalho reforçam que bem-estar, flexibilidade e propósito passaram a compor a proposta de valor do empregador, com implicações diretas para atração e retenção (18,28). Ainda assim, os resultados sugerem que a regulação atua como habilitadora, mas não garante transformação por si só: a efetividade do cuidado híbrido e a segurança operacional dependem de integração entre sistemas clínicos e administrativos, o que introduz uma camada de maturidade tecnológica e de dados que permanece desigual entre organizações (9,10).

Essa constatação reposiciona dados e interoperabilidade como base operacional da próxima etapa. A década evidenciou que informatização não equivale a integração: sem padronização semântica, governança e capacidade de conectar trajetórias clínicas, exames, utilização e desfechos, iniciativas digitais tendem a operar com baixa comparabilidade e menor replicabilidade (9,10,19). A implicação é direta para modelos de mensuração: a transição do discurso para a prática — especialmente em modelos

baseados em valor — depende de infraestrutura de dados que viabilize medir custos e desfechos por paciente, além de suportar auditoria, rastreabilidade e aprendizagem contínua com robustez (9,10,25).

No mesmo sentido, as aplicações de Inteligência Artificial descritas no período reforçam um ponto central: resultados tangíveis dependem menos do “poder do modelo” e mais do desenho do uso, da supervisão humana, da qualidade do dado e da integração aos fluxos assistenciais. Em outras palavras, a Inteligência Artificial tende a produzir valor quando incorporada como componente de processo (com responsabilidade definida, trilhas de auditoria e governança), e não como ferramenta isolada disponibilizada ao profissional (20–24). Assim, diretrizes éticas e recomendações de governança passam a integrar o requisito técnico para adoção segura e escalável, inclusive para aplicações com Inteligência Artificial generativa (23,32,33).

Por fim, a evolução dos modelos de remuneração e da Atenção Primária à Saúde corporativa aponta para um redesenho de incentivos e de organização do cuidado, ainda em consolidação. A discussão sobre pagamento por pacote, capitação ajustada a risco e risco compartilhado converge para a mesma condição estruturante: mensuração consistente de custo e desfecho por paciente, sustentada por interoperabilidade, padronização e governança (25–27). Em paralelo, a agenda de equidade e saúde mental tende a se incorporar de forma mais explícita aos mecanismos contratuais e de monitoramento, exigindo estratificação e indicadores capazes de refletir diferenças por raça, gênero e território, além de métricas operacionais para saúde mental e seus efeitos funcionais (29–31,34). Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde integrada à saúde ocupacional e à promoção do bem-estar aparece como eixo organizador com potencial de elevar coordenação e resolutividade, desde que sustentada por dados, processos e capacidade de execução (27). As direções apresentadas a seguir para 2025–2030, portanto, devem ser lidas como desdobramentos práticos dessas dependências observadas ao longo da década (9,10).

Entre 2015 e 2025, a gestão de saúde nas empresas deixou de ser predominantemente orientada à contenção de custos e passou a incorporar uma agenda mais ampla de valor, combinando qualidade assistencial, produtividade e sustentabilidade organizacional (1–3,11). A convergência entre avanços regulatórios, digitalização e mudanças socioculturais abriu espaço para novos modelos de cuidado, com maior continuidade, coordenação e foco na experiência do trabalhador (8,9,18,28).

Apesar desse avanço, permanecem desafios estruturais: inflação médico-hospitalar persistente, crescimento do impacto de terapias de alto custo, fragmentação de dados e desigualdades no acesso e nos resultados (4–6,10,31,34). A experiência acumulada e a literatura convergem para um ponto central: escala e consistência exigem programas estruturados, mensuração de desfechos e custo por paciente, além de interoperabilidade e governança de dados como infraestrutura básica do sistema (9,10,15,25).

Nesse cenário, uma Atenção Primária à Saúde robusta e integrada, aliada ao uso aplicado de análise avançada de dados e Inteligência Artificial, tende a funcionar como vetor de eficiência, qualidade e segurança, desde que incorporada com supervisão humana, responsabilidade definida e mecanismos de auditoria (20–24,27,32,33). Para que o ciclo até 2030 consolide a saúde corporativa como vantagem competitiva, será necessário alinhar incentivos financeiros, fortalecer capacidades de liderança e gestão, assegurar qualidade e confiabilidade dos dados e sustentar a transformação em princípios éticos e de equidade (23,25,29–31,34). Quando integrada a um modelo de cuidado centrado no ser humano, a tecnologia pode deixar de representar apenas custo e se tornar alavanca de sustentabilidade e valor compartilhado (1–3,23).

Projeções para 2025–2030

Com base na trajetória observada e nos cenários discutidos, delineiam-se cinco direções para 2025–2030, com implicações práticas para empresas e operadoras.

Dados como infraestrutura crítica.

A maturação da interoperabilidade via Rede Nacional de Dados em Saúde e Fast Healthcare Interoperability Resources tende a ampliar o acesso contínuo a registros clínicos, exames, vacinação, dispositivos vestíveis e indicadores de experiência, reduzindo fricção informacional e viabilizando mensuração longitudinal (9,19). Como consequência, auditoria e governança de dados devem ganhar centralidade semelhante à auditoria financeira, sustentando rastreabilidade, segurança e comparabilidade, em um contexto ainda marcado por fragmentação e heterogeneidade de sistemas (10,20).

Copilotos de Inteligência Artificial explicáveis e certificados.

A tendência é que a Inteligência Artificial saia da fase predominantemente experimental e passe a compor rotinas assistenciais em casos de uso bem delimitados,

com modelos auditáveis, trilhas de responsabilidade e supervisão clínica, especialmente quando integrados ao prontuário eletrônico (21,24). Nesse contexto, recomendações internacionais de ética e governança para Inteligência Artificial em saúde e estruturas de gestão de risco para Inteligência Artificial — incluindo perfis voltados à Inteligência Artificial generativa — devem orientar regulação e adoção ética (23,32,33).

Cuidados baseados em valor e risco compartilhado

A expansão de pagamento por pacotes e capitação ajustada a risco tende a se associar à mensuração mais rigorosa de desfechos clínicos e custo por paciente, com maior sofisticação contratual e mecanismos de risco compartilhado (25,26). Em paralelo, contratos devem incorporar indicadores explícitos de equidade (raça, gênero, território) e saúde mental, tanto por exigências de governança quanto por consistência técnica de avaliação de valor e impacto populacional (29–31,34).

Cuidados híbridos (phygital) e saúde mental como eixo longitudinal

A combinação de cuidado presencial e remoto tende a se consolidar como padrão, apoiada por telemonitoramento e programas estruturados (8,9). Saúde mental deve permanecer como prioridade operacional, com ênfase em prevenção, identificação precoce, reabilitação e retorno funcional ao trabalho, articulando assistência e gestão ocupacional (14–17,29,30). Em populações expostas a condições pós-infecção e demandas de reabilitação, o acompanhamento longitudinal e a gestão de capacidade laboral ganham relevância adicional (13).

Gestão da saúde como ativo competitivo

A capacidade de implementar dados de qualidade, inovação e programas consistentes de bem-estar tende a se traduzir em vantagem competitiva, pela redução de rotatividade e pela melhora de produtividade (11,28).

CONCLUSÃO

Entre 2015 e 2025, a gestão de saúde nas empresas deixou de ser predominantemente orientada à contenção de custos e passou a incorporar uma agenda mais ampla de valor, combinando qualidade assistencial, produtividade e sustentabilidade organizacional (1–3,11). A convergência entre avanços regulatórios, digitalização e

mudanças socioculturais abriu espaço para novos modelos de cuidado, com maior continuidade, coordenação e foco na experiência do trabalhador (8,9,18,28).

Apesar desse avanço, permanecem desafios estruturais: inflação médico-hospitalar persistente, crescimento do impacto de terapias de alto custo, fragmentação de dados e desigualdades no acesso e nos resultados (4–6,10,31,34). A experiência acumulada e a literatura convergem para um ponto central: escala e consistência exigem dados e programas estruturados, mensuração de desfechos e custo por paciente, além de interoperabilidade e governança de dados como infraestrutura básica do sistema (9,10,15,25).

Nesse cenário, uma Atenção Primária à Saúde robusta e integrada, aliada ao uso aplicado de análise avançada de dados e Inteligência Artificial, tende a funcionar como vetor de eficiência, qualidade e segurança, desde que incorporada com supervisão humana, responsabilidade definida e mecanismos de auditoria (20–24,27,32,33). Para que o ciclo até 2030 consolide a saúde corporativa como vantagem competitiva, será necessário alinhar incentivos financeiros, fortalecer capacidades de liderança e gestão, assegurar qualidade e confiabilidade dos dados e sustentar a transformação em princípios éticos e de equidade (23,25,29–31,34). Quando integrada a um modelo de cuidado centrado no ser humano, a tecnologia pode deixar de representar apenas custo e se tornar alavanca de sustentabilidade e valor compartilhado (1–3,23).

Referências

1. Pinto ACA. Gestão integrada de saúde e qualidade de vida nas organizações. In: Ogata AJN, organizador. Temas avançados em qualidade de vida. Londrina: Midiograf; 2015. p. 19-64.
2. Pinto ACAR. A tecnologia como aliada da saúde populacional. In: Ogata A, organizador. Saúde nas empresas: a promoção de uma ideia sustentável. São Paulo: LetraCerta; 2022. p. 137-192.
3. Pinto ACAR. Aplicação prática da ciência de dados em saúde. In: Netto AV, Berton L, Takahata AK, organizadores. Ciência de dados e a inteligência artificial na área da saúde. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. p. 173-190.
4. Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH/IESS) fecha em 15,1% [Internet]. São Paulo: IESS; 2024 Mar [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/variacao-de-custos-medico-hospitalares-vcmhieess-fecha-em-151>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021–2030 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/11-plano-de-acoes-estrategicas-para-o-enfrentamento-das-doencas-cronicas-e-agravos-nao-transmissiveis-no-brasil-2021-2030.pdf>.
6. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.oecd.org/pt/publications/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021_f9e01de2-pt.html.
7. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
8. Brasil. Lei nº 14.510, de 27 de dezembro de 2022. Dispõe sobre a telessaúde [Internet]. Brasília: Presidência da República; 2022 Dec 27 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/114510.htm.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/rnds>.

10. Neto ER, Chioro A. A transformação digital do Sistema Único de Saúde e o desafio da interoperabilidade. *Saúde Debate* [Internet]. 2023 [cited 2026 Jan 27];47(139):1265-1275. Available from: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/HkxmymVpKBTm8vS8s8CRNZw/>.
11. Serviço Social da Indústria (SESI); FSB. Pesquisa: Planos de saúde no Brasil [Internet]. 2019 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://static.portaldaindustria.com.br/media/filer_public/5a/4c/5a4cb0e0-ebbd-440f-b234-18147265652a/pesquisa_planos_de_saude_no_brasil_sesi.pdf.
12. Brasil. Previdência Social. Fator Acidentário de Prevenção: perguntas frequentes e dados da empresa [Internet]. Brasília: Previdência Social; 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/aceso-a-informacao/dados-abertos/previdencia-social/fator-acidentario-de-prevencao>.
13. Monteiro D. COVID longa: estudo revela alta prevalência de sintomas e invisibilidade nos serviços de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2025 Feb 3 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/56133>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados: edição nº 13/2025 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/saude-mental-em-dados/edicao-no-13-fevereiro-2025>.
15. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Saúde mental dos trabalhadores dos serviços de saúde: diretrizes e evidências para a ação [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/52479/saude_mental_trabalhadores_servicos_saude_diretrizes_evidencias_acao.pdf.
16. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. NR-01 (Disposições Gerais e Gerenciamento de Riscos Ocupacionais) – versão atualizada [Internet]. Brasília: MTE; 2025 May 16 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselhos-e-orgaos-colegiados/comissao-tripartite-partitaria-permanente/normas-regulamentadora/normas-regulamentadoras-vigentes/nr-01-atualizada-2025-i-1.pdf>.
17. International Organization for Standardization (ISO). ISO 45003:2021 – Psychological health and safety at work — Guidelines for managing psychosocial risks

- [Internet]. Geneva: ISO; 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.iso.org/standard/64283.html>.
18. 4 Day Week Global. Brazil 2024 pilot results [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.4dayweek.com/brazil-2024-pilot-results>.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portal RNDS FHIR (interoperabilidade) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://rnds-fhir.saude.gov.br/>.
20. Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação (Cetic.br). TIC Saúde 2024: pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros [Internet]. São Paulo: Cetic.br; 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://cetic.br/media/docs/publicacoes/2/20241121105232/tic_saude_2024_livro_eletronico.pdf.
21. Nuance Communications. Northwestern Medicine deploys Nuance DAX Copilot embedded in Epic, benefiting more than 2,000 clinicians [Internet]. Burlington (MA): Nuance; 2023 Nov 15 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://news.microsoft.com/wp-content/uploads/prod/sites/622/2023/11/Northwestern-Medicine-Deploys-Nuance-DAX-Copilot-Embedded-in-Epic-Benefiting-More-Than-2000-Clinicians.pdf>.
22. Pais C, et al. Large language models for preventing medication direction errors in online pharmacies. *Nat Med* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41591-024-02933-8>.
23. World Health Organization. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO guidance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>.
24. Goh E, et al. Large Language Model Influence on Diagnostic Reasoning: a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2825395>.
25. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Programa Modelos de Remuneração Baseados em Valor: projetos-pilotos [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2018 Mar 7 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/programa-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor-1/projetos-pilotos>.

26. Associação Paulista de Medicina (APM). Planos de saúde: cresce atendimento em rede própria e pagamento de prestadores por pacote [Internet]. São Paulo: APM; 2025 Mar 19 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.apm.org.br/planos-de-saude-cresce-atendimento-em-rede-propria-e-pagamento-de-prestadores-por-pacote/>.
27. Ogata AJN, Malik AM, Lotta GS, Massuda A, Schiesari L, Freitas M. Atenção primária na saúde suplementar brasileira: estudo qualitativo em planos de saúde [Internet]. Rev APS. 2021 [cited 2026 Jan 27]. Available from: https://easp.fgv.br/sites/easp.fgv.br/files/u949/adrianomassuda_atencaoprimaryanasau de.pdf.
28. Deloitte. 2024 Gen Z and Millennial Survey: Living and working with purpose in a transforming world [Internet]. 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.deloitte.com/content/dam/assets-zone2/nl/nl/docs/about/2024/deloitte-nl-con-genz-millennial-survey-2024-global-report.pdf>.
29. World Health Organization; International Labour Organization. Mental health at work: policy brief [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057944>.
30. World Health Organization. WHO guidelines on mental health at work [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2022 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/6152a556-6893-4c4e-9ed8-094478bb25eb/content>.
31. Centers for Medicare & Medicaid Services. CMS Framework for Health Equity 2022–2032 [Internet]. Baltimore (MD): CMS; 2022 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://www.cms.gov/files/document/cms-framework-health-equity.pdf>.
32. National Institute of Standards and Technology. Artificial Intelligence Risk Management Framework (AI RMF 1.0) [Internet]. Gaithersburg (MD): NIST; 2023 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://nvlpubs.nist.gov/nistpubs/ai/nist.ai.100-1.pdf>.
33. National Institute of Standards and Technology. Artificial Intelligence Risk Management Framework: Generative AI Profile [Internet]. Gaithersburg (MD): NIST; 2024 [cited 2026 Jan 27]. Available from: <https://nvlpubs.nist.gov/nistpubs/ai/NIST.AI.600-1.pdf>.
34. Bergen N, Kirkby K, Nambiar D, Schlotheuber A, Hosseinpour AR. Monitoring of health inequalities to improve health equity. Bull World Health Organ [Internet]. 2025 [cited 2026 Jan 27];103(4):231–231A. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11978410/>.